

Formulario de Consentimiento y Autorización del Paciente para la Divulgación de Información de Salud sobre el Trastorno de Uso de Sustancias a Medicaid

Miembro (nombre e información del miembro cuya información de salud será dada a conocer):

Nombre: _____

ID o Fecha de Nacimiento: _____

Proveedor Especialista en Abuso de Sustancias: _____ (“Proveedor”)

Historial: Las organizaciones de salud de la conducta (BHO) de la lista más abajo tienen contratos con el Estado de Colorado para ofrecer servicios de salud mental y uso de sustancias a los miembros de Medicaid. Las organizaciones de salud de la conducta (BHO) listadas abajo tienen contratos con el Estado de Colorado para ofrecer servicios de salud mental y uso de sustancias a los miembros de Medicaid. Medicaid le ha asignado a usted una de estas BHO para el manejo de sus servicios. La BHO procesa los reclamos de servicios que envía el Proveedor. También se requiere que la BHO envíe información sobre todos los reclamos pagados o procesados a Colorado Medicaid con propósitos administrativos de Medicaid.

- Yo autorizo por este medio al Proveedor a divulgar mi información de salud, incluyendo información relacionada con mi tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas, a una de las BHO de la lista de abajo a la cual he sido asignado con el propósito de que el Proveedor envíe reclamos por pago a la BHO.
- Además, también autorizo a la BHO de la lista de abajo que ha recibido y procesado un reclamo por servicios que el Proveedor me ha ofrecido, a volver a divulgar esa información al Colorado Department of Health Care Policy and Financing (Medicaid) para sus propósitos de administración de Medicaid según se requiere por el contrato que la BHO tiene con Medicaid.

BHO autorizada a recibir y redistribuir información:

Access Behavioral Care
Behavioral Healthcare, Inc.
Colorado Health Partnerships
Foothills Behavioral Health Partners, LLC
Northeast Behavioral Health Partnership

- Mi tratamiento no puede estar condicionado si no firmo este formulario.
- He recibido una copia de este documento firmado.
- Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento dándole aviso por escrito a mi Proveedor, excepto hasta el punto en el que el Proveedor o la BHO ya hayan actuado sobre ella.
- Esta autorización expirará en la fecha en la que yo ya no sea miembro de Colorado Medicaid o dos años a partir de la fecha de mi firma, según cual sea ocurra primero.

Firma del miembro o representante legal

Fecha en la que se firmó

Nombre del representante legal en letra de molde
(si corresponde)

Relación con el Cliente